Rok LI. Kraków, dnia 3. sierpnia 1912. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Dokończenie).

WNIOSKI.

1) Na podstawie dzisiejszych wiadomości naszych o chorobach umysłowych, pozostających w związku z ciążą, przyjąć musimy, że niema żadnych swoistych psychoz porodowych, któreby się rozwijały wyłącznie tylko na tle ciąży i których to psychoz obraz kliniczny miałby być charakterystycznym dla tychże właśnie jednostek chorobowych.

2) W tych przypadkach, w których ciąża dołączyła się do już istniejącej choroby umysłowej, gdzie więc jest ona niejako powikłaniem owej psychozy, nie będziemy przerywać ciąży ze względu na zdrowie ciężarnej, a to dlatego, że usunięcie płodu z ustroju matki nie wpływa dodatnio na dalszy przebieg jej choroby umysłowej, nie pozostającej w żadnym genetycznym związku z samą ciążą.

3) W tych przypadkach, w których choroba umysłowa pojawiła się dopiero w przebiegu ciąży, ale u kobiety, która taką samą chorobę przechodziła już kiedyś dawniej i to zupełnie niezależnie od ciąży, zachodzić może jedynie potrzeba zapobiegawczego przerwania ciąży, a to wtedy mianowicie, gdy choroba ta odtąd pojawiała się podczas każdego zajścia kobiety w ciążę i wpływała bardzo ujemnie na stan psychiczny dotkniętych niemi chorych, pozostawiając w następstwie coraz to większe osłabienie ich władz umysłowych.

Ponieważ jednak niekoniecznie choroba umysłowa, która towarzyszyła kilku poprzednim ciążom, musiała pojawić się i podczas obecnej ciąży, przeto nie jesteśmy zwolennikami zapobiegawczego przerywania ciąży w ściślejszem znaczeniu, a zalecamy natomiast ścisłą obserwacyę w takich przypadkach, ażeby przy pierwszych zwiastunach zbliżającej się psychozy ciążę ukończyć.

4) Co do chorób umysłowych, które poraz pierwszy dopiero pojawiły się w przebiegu ciąży u kobiet, przedtem pod względem umysłowym zupełnie zdrowych, jakkolwiek najczęściej już neuro- względnie psychopatycznych, to wskazania do przerywania ciąży zależeć tu będą od charakteru samej psychozy, a nie od tego, czy one należą do grupy psychoz objawowych, rozwijających się na tle wyczerpania i zaburzeń w przemianie materyi, czy też do grupy psychoz samoistnych (idyopatycznych), a których to psychoz związek z ciążą nie jest nam jeszcze znany. Najczęstsze wskazania dają psychozy pląsawicze i rzucawkowe (eklamptyczne), nadzwyczaj rzadko wchodzą w rachubę jako wskazania psychozy histeryczne i padaczkowe. Prawie nigdy natomiast nie będą wskazaniem do przerwania ciąży tego rodzaju choroby jak mania, zaduma (melancholia), psychozy okresowe maniakalno-depresyjne, bezmysł (amentia), pomieszanie (paranoia), obłęd (delirium), otępienie przedwczesne. Jakkolwiek bowiem ciąża według pewnych autorów pogarsza niejednokrotnie taką psychozę, to jednak przerwanie ciąży w znacznej większości przypadków wcale nie wpływa dodatnio na dalszy przebieg takich chorób umysłowych.

5) Wszystkie jednak pod 4) wymienione samoistne choroby umysłowe mogą, o ileby się pojawiały i przy następnych ciążach, podobnie, jak przypadki wymienione pod 3), dawać wskazanie do zapobiegawczego przerwania ciąży w warunkach tamże wymienionych.

6) Na podstawie całego szeregu bardzo dokładnych spostrzeżeń, objętych dzisiejszem piśmiennictwem, musimy przyjąć niewątpliwe istnienie pewnych postaci chorobowych, stojących na granicy nerwic i psychoz, a pozostających w ścisłym patogenetycznym związku z ciążą. Postacie te, które zresztą rozwinąć się mogą i z innych przyczyn, przypominają często swoją symptomatologią typowe psychozy (najczęściej zadumę). Mimoto jednak nie należy ich zaliczać do właściwych chorób umysłowych, od których różnią się one przedewszystkiem swoim przebiegiem.

7) Stany te, które idą w parze z wybitną depresyą, silnym lękiem i częstymi zamachami samobójczymi, stanowią bardzo poważne wskazanie do przerwania ciąży, a to tem bardziej, że przy dalszem trwaniu ciąży przejść mogą w poważne i nieuleczalne choroby umysłowe. Doświadczenie zaś poucza, że razem z przerwaniem ciąży i one natychmiast ustępują.

8) I te jednak postacie chorobowe powinny stanowić wskazanie do przerwania ciąży dopiero po bezskutecznem wyczerpaniu wszelkich innych metod leczniczych i przy uwzględnieniu wszystkich towarzyszących okoliczności.

9) Na dokładniejsze rozpatrzenie zasługuje już obecnie i sprawa wskazań do przerwania ciąży ze względu na jakość mającego urodzić się płodu. Tego rodzaju wskazania powinnyby być brane w rachubę w przypadkach ciężkiego zwyrodnienia lub dziedzicznego obarczenia obojga

rodziców, albo też nawet i jednego z nich, w przypadkach idyotyzmu, w ciężkich postaciach głupowatości (imbecillitas) i w długotrwałych idyopatycznych chorobach umysłowych (np. psychozach okresowych maniakalno-depresyjnych, pomieszaniu), a zwłaszcza wtedy, gdy rodzice ci wydali już na świat kilkoro bądź umysłowo chorych, bądź zwyrodniałych dzieci.

10) Żądanie to nasze, wymienione pod 9), dla którego domagamy się także i ustawowego unormowania, niema być jednak dyrektywą dla stosowania spędzania płodów na wielką skalę we wszystkich przypadkach wymienionych właśnie chorób. Przeciwnie, domagamy się, ażeby w każdym z tych przypadków rozstrzygały dopiero nasilenie samej choroby, czas jej trwania i inne towarzyszące chorobie okoliczności o potrzebie wzniecenia poronienia ze względu na jakość mającego urodzić się płodu.

11) O wskazaniach do przerwania ciąży rozstrzygać powinni w każdym przypadku lekarz-psychiatra wspólnie z lekarzem-położnikiem.

Odnośnie do ustępu (Przegląd lekarski Nr. 22, str. 392), w którym wspominaliśmy o badaniach Fellnera i Schickelego nad swoistem działaniem pewnych substancyi, wydzielanych przez macicę i jajniki, należy nam dla ścisłości podnieść, że ciala te zostały przez Popielskiego i jego współpracowników[1]) wykryte i we wszystkich innych narządach ustroju, że więc nie należy im według tych badaczy przypisywać jakiejkolwiek swoistości w działaniu. Ciała te, które Popielski nazwał wazodilatyną, są według niego normalną częścią składową każdej komórki żywego ustroju.

Nowy przyrząd do śródżylnych wstrzykiwań salwarsanu

skonstruował i opisał

Dr Maksymilian Mondschein,

sekundaryusz szpitala powszechnego w Stanisławowie.

Do śródżylnych wstrzykiwań salwarsanu używa się dotąd przyrządów Weintrauda lub Hauptmana, złożonych z dwóch cylindrów ze sobą połączonych. Przyrządy te mają tę wadę, że trzeba je celem wyjałowienia wygotować w osobnym dość dużym przyrządzie sterylizacyjnym, że salwarsan musi być rozpuszczany w osobnem naczyniu, a wreszcie, że rozczyn soli kuchennej, stosowany do wstrzykiwań, trzeba wyjaławiać w trzeciem naczyniu. Lekarz potrzebuje więc do tego wielkiego, z wielu naczyń złożonego instrumentaryum. W zbudowanym przezemnie przyrządzie wszystkie potrzebne do wstrzyknięcia naczynia połączone są w jedną całość, którą łatwo w ruch puścić i którą bardzo wygodnie i zupełnie niespostrzeżenie wziąć może lekarz ze sobą, bez zwrócenia uwagi.

Przyrząd ten*) składa się z dość wielkiego naczynia, mieszczącego w sobie potrzebny do wstrzykiwań rozczyn soli kuchennej, obok tegoż naczynia znajduje się drugie małe naczyńko, przeznaczone do wyjałowienia igły i węża gumowego; obydwa te naczynia zawieszone są nad płomieniem lampki spirytusowej. Naczynie pierwsze łączy się zapomocą rury szklannej, z kilku części złożonej i zaopatrzonej w kurek trójdrożny, z drugiem małem, cylindrycznem naczyniem, przeznaczonem do rozpuszczenia salwarsanu.

W parze z uproszczeniem przyrządu idzie też zupełnie uproszczony sposób przyrządzenia rozczynu do wstrzykiwań. Polega on w tym przyrządzie na tem, że po napełnieniu pierwszego naczynia rozczynem soli kuchennej i po połączeniu zapomocą stosownego otwarcia kurków z drugiem naczyniem, same te naczynia, jakoteż szalka, przeznaczona na igłę i wąż gumowy, zostają wyjałowione zapomocą płomienia lampki spirytusowej, doprowadzającego do wrzenia płyn zawarty w pierwszem naczyniu i do tejże wysokości wzniesiony w drugiem; następnie przerywa się połączenie między oboma naczyniami, do drugiego naczyńka wsypuje się salwarsan, rozpuszcza się przez kłócenie i dodaje się potrzebną ilość rozczynu ługu żrącego. Wstrzyknięcie więc tak się wykonuje, że najpierw wstrzykuje się rozczyn soli kuchennej, potem rozczyn salwarsanu, a wreszcie znowu sól kuchenną. W przyrządzie więc dokonywa się równocześnie wyjaławiania samych przyrządów, igły, węża gumowego, rozczynu soli kuchennej i rozpuszczania salwarsanu.

Rysunek objaśnia dokładnie opisany przyrząd: Po jednej stronie stojaka 1 znajduje się kalibrowane naczynie 2, opatrzone u góry korkiem gumowym o dwu otworach: przez jeden przechodzi rurka szklanna, w drugim tkwi ciepłomierz. Obok tegoż naczynia jest zawieszone małe całkiem naczyńko, a pod oboma lampka spirytusowa. Po drugiej stronie stojaka jest w ramionach na zawiaskach naczynie cylindryczne 8, zaopatrzone również w korek gumowy o jednym otworze dla przeprowadzenia przezeń rurki szklannej. Obydwa naczynia 2 i 8 mają u dołu ku sobie zwrócone i kurkami zamknięte rurki odpływowe 12, 13; obie te rurki łączy rura, wszlifowana w nie z obu stron 14, a posiadająca w środku kurek trójdrożny. W tejże rurce w części, zwróconej do naczynia 8, mieści się druga, wązka rureczka 17, zaopatrzona w swej części zwróconej do kurka 15, w kawałek wyjałowionej gazy 18, którą za każdym razem zdjąć i zmienić można. Gaza ta służy jako filter przy przepływie salwarsanu**).

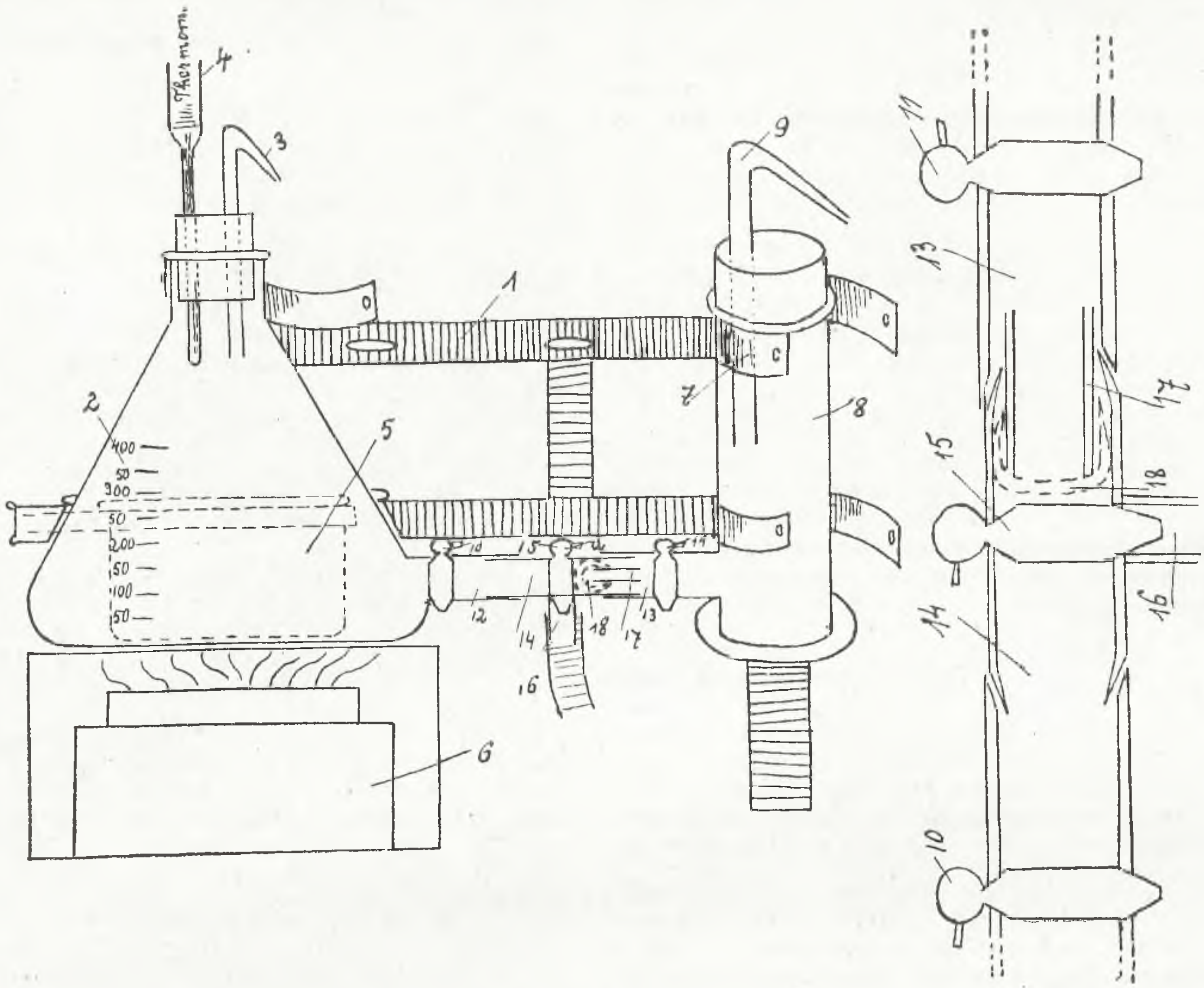
Sposób operowania tym przyrządem jest następujący: Naczynie 2 wypełnia się rozczynem soli kuchennej, zakłada się rurkę, łączącą 14 z drugiem naczyniem 8, kurki otwiera się, tak, iż rozczyn soli z naczynia 2 dostaje się do równej wysokości w naczyniu 8. Naczyńko 5 napełnia się przekroploną wodą i wkłada się tu igłę, kawałek węża gumowego i drugi korek dla naczynia 8 i małą pincetkę. Teraz zapala się lampkę spirytusową, a mianowicie na tak długo, aż termometr umieszczony w korku naczynia 2 pokaże przez dłuższy czas ciepłotę rozczynu soli kuchennej wyżej 100°. Przez rurkę w tymże korku umieszczoną uchodzi para, pochodząca z wrzenia rozczynu. Rozczyn wrzący dostaje się przez rurę komunikacyjną do naczynia 8, przez

---

[1]) Popielski: Über die physiologische Wirkung von Extracten aus sämtlichen Teilen des Verdauungskanales (Magen, Dick und Dünndarm), sowie des Gehirns, Pankreas und Blutes und über die chemischen Eigenschaften des darin wirkenden Körpers. Archiv für die ges. Physiologie. Tom 128, str. 191.
Popielski i Panek: Chemische Untersuchung über das Vasodilatin. Archiv. für die ges. Physiologie. Tom 128, str. 222.
Modrakowski: Ueber die Identität des blutdrucksenkenden Körpers der Glandula thyreoidea mit dem Vasodilatin. Archiv. für die ges. Physiologie. Tom 133, str. 291.
Popielski: Teorya hormonów i wyciągi z narządów. Lwowski tygodnik lekarski Nr. 1. 1912.

*) Opatentowany w Austryi i Niemczech.

**) Obecnie przy neosalwarsanie, doskonale i bez tworzenia jak salwarsan kłaczków się rozpuszczającym, cały ten filter jest niepotrzebny.



co i to naczynie się wyjaławia; para z tegoż naczynia uchodzi przez rurkę szklanną 9, tkwiącą w korku gumowym. Gdy już rozczyn soli i oba naczynia są wyjałowione, zamyka się kurki 10, 11, rurkę łączącą 14 wysuwa się z rurki odpływowej naczynia 8, a pozostawia się ją tkwiącą w rurce odpływowej naczynia 2 i teraz wsypuje się do naczynia 8 salwarsan. Równocześnie zmienia się korek przedziurawiony z tegoż naczynia na drugi wyjałowiony w szalce 5, nie przedziurawiony, naczynie 8 wyjmuje się ze stojaka, otwarłszy tegoż ramiona opatrzone ku temu celowi w zawiaski i dopóty kłóci się w ręce, aż salwarsan całkiem się rozpuści. Do tego przyczyniają się doskonale perły szklane, znajdujące się w temże naczyniu. Teraz dodaje się rozczynu ługu żrącego (przy neosalwarsanie zbędny) aż do zupełnego rozpuszczenia, a drobne kłaczki, często wtedy powstające, zostają przy przepływie przez rurkę 17 i umieszczony na niej filter z gazy zatrzymane (odpada przy neosalwarsanie). Wstrzyknięcie więc odbywa się w ten sposób, że po nakłuciu żyły otwiera się kurek trójdrożny tak, by rozczyn soli kuchennej z naczynia 2 wypływał (około 100 cm), poczem kurek ten okręca się tak, by rozczyn salwarsanu przefiltrowany wypływał z naczynia 8, a wreszcie znowu przy końcu wpuszcza się do żyły nieco rozczynu soli.

Cały przyrząd, jak powyższy opis wskazuje, daje się rozebrać, a części jego umieścić w pudełku drewnianem małem, w osobnych przedziałach. Stojak zaopatrzony w same zawiaski można złożyć i umieścić zapomocą zakrętek we wieku pudełka. Przyrząd ten wyrabiać będzie firma F. i M. Lautenschläger, Berlin.

Oceny i sprawozdania.

Dr med. Teodor Heiman. **Krótki rys historyi otiatryi.** Warszawa 1912. Stron 208. (Książka wydana z udziałem zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia Dra J. Mianowskiego).

Dr Teodor Heiman, uczeń Szkoły Głównej warszawskiej, poświęcił swój »Krótki rys historyi otiatryi« wychowawcom i wychowańcom tej wyższej naszej uczelni w pięćdziesiątą rocznicę jej założenia. Jestto więc wydawnictwo jubileuszowe. Jak przystało na takie wydawnictwo, zewnętrzna jego strona jest bez zarzutu: dobry papier, ładny druk, starannie wykonany portret autora.

Dr Heiman, autor bardzo licznych prac, przeważnie z zakresu chorób ucha, jest w dziedzinie historyi medycyny homo novus. Z tem większem zaciekawieniem wziąłem do rąk jego dziełko historyczne, zwłaszcza, że traktuje ono o dziejach tej gałęzi medycyny, w której autor zyskał sobie imię dzielnego pracownika naukowego, skoro dwukrotnie był kandydatem na katedrę otyatryi: raz w Uniwersytecie warszawskim, drugi raz w Petersburgu w Akademii wojenno-lekarskiej. Atoli z powodu okoliczności odeń niezależnych nie został przez władzę na tych katedrach zatwierdzony.

Uwagi krytyczne o »Krótkim rysie historyi otiatryi«, pragnę poprzedzić kilku słowy o układzie rzeczonej książki oraz o znaczeniu naukowem tego rodzaju dzieł. Używając bardzo często wyrazu medycyna, nadajemy mu różne znaczenia. Zapominamy przytem nieraz, że medycyny jako nauki odrębnej niema, lecz że są tylko różne nauki medyczne. Dlatego nie można właściwie podać historyi me-

dycyny, lecz tylko historye poszczególnych nauk medycznych. Słuszną przeto jest rzeczą, że wychodzą oddzielne dzieła, poświęcone historyi chirurgii, otyatryi i t. p., że w obszernem dziele p. n. »Handbuch der Geschichte der Medizin«, wydanem pod redakcyą Neuburgera i Pagela, historye nauk lekarskich do pewnego stopnia stanowią odrębne całości. Wogóle rzec można, że już teraz prawie niesposób, aby jeden historyk mógł napisać szczegółowy podręcznik »historyi medycyny«; potrzeba bowiem do tego sił zbiorowych.

Nie można mieć nic przeciw temu, aby historyę chirurgii pisał chirurg, historyę anatomii anatom, historyę fizyologii fizyolog i t. d. Na to zgodzić się w zupełności można pod tym atoli warunkiem, że specyaliści lekarze, zamierzający pisać o dziejach swojej specyalności, posiądą najpierw historyczne wyszkolenie i że będą uwzględniali w swych pracach także, oczywiście w szczuplejszym zakresie, dzieje innych nauk medycznych, osobliwie pokrewnych, gdyż lubo różne gałęzie medycyny są naukami samodzielnemi, to jednak rozwijały się w związku jedne z drugiemi.

Pisarze na polu historyi nauk medycznych grzeszą niejednokrotnie nie tylko u nas, lecz i zagranicą, brakiem wykształcenia historycznego. Zdaje im się, że dość być specyalistą w jakiejś gałęzi medycyny, aby mieć wszelkie warunki na historyka tej gałęzi nauk lekarskich. Stąd nieraz prace ich są wprawdzie pożytecznymi materyałami dla historyka, na miano jednak prac historycznych nie zasługują. Częściej atoli nie mają one prawie żadnej wartości naukowej, posiadając charakter raczej artykułów do encyklopedyi, a nie samodzielnych prac naukowych.

Jak praca eksperymentalna może mieć rzetelne znaczenie naukowe tylko wtedy, gdy wyniki jej są ogłoszone wraz z podaniem dokładnych wiadomości o metodach badania, aby każdy inny uczony mógł sprawdzić wyniki tych badań, tak i dzieło historyczne, o ile chce być pracą naukową a nie popularną, powinno w ten sposób być napisane, aby każdy sąd autora był umotywowany należycie, aby było podane dokładnie źródło każdej nowej wiadomości historycznej, aby mówiąc o faktach mniej znanych, przytaczanych z dzieł innych autorów, dzieła te cytowano, słowem, należy tak pisać dzieło, aby krytyk mógł łatwo sprawdzić, czy istotnie wszystkie źródła zostały należycie zużytkowane. W dziełkach popularnych, podających rzeczy naogół w nauce ustalone, można obejść się bez przytaczania źródeł tych wiadomości; nie można jednak tego czynić w pracach naukowych.

Po tych ogólnych uwagach rozpatrzmy, jakie zalety i wady posiada książka Dra Heimana.

Autor podzielił historyę otyatryi na pięć okresów.

Pierwszy okres nazwał przedhippokratesowym. Obejmuje on dzieje otyatryi w starożytnych Indyach, Chinach, Japonii, Egipcie, Grecyi, tudzież u starożytnych Żydów. Jak sam tytuł wskazuje, okres ten powinien zawierać wiadomości historyczne o stanie otyatryi przed Hippokratesem, a więc wiadomości, nie przekraczające okresu życia Hippokratesa (460—377 przed narodzeniem Chrystusa). Tymczasem autor, pisząc o stanie otyatryi w tym okresie w Japonii starożytnej, między innemi rzeczami — pisze na stronicy 7. o lekarzu Tamba-Jasuyri, a raczej o księdze jego Ishim, o której nadmienia, że pochodzi ona z r. 982 naszej ery. Podobnie, pisząc o stanie otyatryi w pierwszym okresie u starożytnych Żydów, przytacza autor wiadomości, zawarte w Talmudzie, który przecież powstał w pierwszych wiekach ery chrześciańskiej. Pisze dalej: »Najdawniejszy fragment z pracy lekarskiej w języku hebrajskim pochodzi od lekarza Sabbatai ben Abraham Dannolo (913—965), żyda włoskiego«, (str. 11). A więc i ten lekarz, podobnie jak wspomniany wyżej lekarz japoński, nie żył przed Hippokratesem, lecz znacznie później.

Drugi okres dziejów otyatryi obejmuje, według autora, czas od Hippokratesa do wieków średnich.

W rozdziałach, temu okresowi poświęconych, podaje autor wiadomości o dziejach otyatryi w starożytnej Grecyi i Rzymie. Obu pierwszym okresom poświęcił autor 19 stronic swej książki.

Trzeci okres, któremu autor poświęcił niespełna 16 stronic, obejmuje wieki średnie do wieku XVI. W części książki, w której jest mowa o stanie otyatryi w tym okresie, znajdujemy wiadomości o »szkole bizantyjskiej«, o medycynie Arabów, o medycynie klasztornej, tudzież o Szkole salernitańskiej.

Czwarty okres dziejów otyatryi obejmuje czasy nowsze, od XVI do połowy XIX stulecia.

Piąty wreszcie okres obejmuje czasy najnowsze od połowy wieku XIX poczynając. Pisząc o otyatryi w tym okresie, autor podaje wiadomości o otyatrach i ich pracach w porządku abecadłowym krajów przez nich zamieszkiwanych, a więc pisze o stanie otyatryi w Anglii, Ameryce, Austryi i Węgrzech, Belgii, Finlandyi, Francyi, Grecyi, Hiszpanii, Holandyi, Japonii, Niemczech, Polsce, Rosyi, Rumunii, Skandynawii, Szwajcaryi i Włoszech. Okresowi temu autor poświęcił w swej książce tyle miejsca, ile wszystkim poprzednim razem.

Dlaczego Dr Heiman podzielił dzieje otyatryi na pięć okresów, a nie na mniej lub więcej? — tego z książki jego dowiedzieć się nie można. Jestto zatem podział dość dowolny, nie umotywowany należycie. Nie można również poczytać za rzecz właściwą, że autor wogóle nie podaje w dopiskach u dołu stronic tytułów dzieł, z których najrozmaitsze wiadomości czerpał. Wprawdzie cytuje niektóre dzieła, ale tylko wyjątkowo. Ograniczył się on do podania w końcu pracy spisu źródeł, z których korzystał w czasie pisania swej książki, ale jaką wiadomość zaczerpnął z tego lub owego źródła, tego dowiedzieć się ze wspomnianego spisu nie możemy. A jest to szkoda, bo czytelnik nie wie, czy n. p. charakterystyki otyatrów, któremi autor znacznie ożywia treść swego dziełka, pochodzą wyłącznie z pod jego pióra, czy też wzięte są z prac innych pisarzów. Na str. n. p. 135 autor pisze: »Gelé jest lekarzem zasłużonym, skromnym aż do bojaźliwości, nieskazitelnym, otyatrą wielkiego znaczenia« i t. d.; albo na str. 137, pisząc o Emilu Ménière, dodaje: »Był to człowiek dobry, zacny, wrażliwy na nieszczęścia i niedole maluczkich. Był niekiedy zaczepny, lecz zapalczywość jego była tylko chwilowa i powierzchowna«; lub też na str. 145 pisze o Tröltschu: »Odznaczał się skromnością, pomimo żywości słowa, bezstronnością, ruchliwością i pracowitością niezmordowaną«. O Kisselbachu pisze autor, że był on »pracownikiem sumiennym i znakomitym nauczycielem« (str. 158), o Zuckerkandlu zaś: »Był to mąż bardzo ruchliwy, wciąż czynny, czuł się szczęśliwym ze swego żywota pracowitego i nie lubiał smutku, ani powagi udanej«, (str. 166). Ciekawą byłoby rzeczą wiedzieć dokładne źródło takich charakterystyk. Również nie wiemy, czy sądy, które autor czasem wygłasza w swej pracy o dziełach innych otyatrów, są jego własnymi sądami, czy też sądami innych pisarzy, przez autora jeno powtórzonymi.

Nie można dalej uznać za pomysł szczęśliwy cytowania tytułów prac autorów nowszych czasów w przekładzie polskim, a nie w oryginalnym języku, a więc podawania tytułów n. p. prac autorów francuskich lub niemieckich po polsku. Atoli czasem autor robi wyjątki od tej zasady, lecz właśnie nieraz wtedy, kiedy należałoby przynajmniej w nawiasie podać polski przekład, mianowicie cytując prace angielskie (str. 112, 117) lub szwedzkie (str. 129), bo te języki najmniej są znane polskim czytelnikom.

Druga połowa dzieła, w której autor pisze o rozwoju otyatryi, poczynając od połowy XIX stulecia, ma raczej charakter pisma informacyjnego, niż pracy historycznej konstrukcyjnej. W niektórych ustępach są niemal same nazwiska i tytuły prac. Na stronicy n. p. 116 znajdujemy taki ustęp: »Prace większego lub mniejszego znacze-

nia o uchu w państwie brytańskiem ogłosili: M. R. Joyce — Topografia nerwu twarzowego, znaczenie jego przy otwieraniu wyrostka sutkowego, Dr W. Milligan, A. E. Cumberbatch, Dr Aldren Turner, A. Bronner, Horne Jobson, Jones Hugh, E. Ferrer, Sheild Marmaduke, Geöge Stone, Macleod Jearsley, Ch. A. Ballance. — Operacye na zatoce poprzecznej przy zakrzepie septycznym powstałym przy chorobach ucha. Sir W. B. Dalby, autor wielce poważany, profesor w Dublinie. Napisał między innymi: »A lecture on the limits of aural surgery 1889. F. G. Harvey, H. A. Ballance, Scanes Spicer« i t. d. i t. d. Wobec podawania nazwisk bardzo wielu otyatrów, wskazaną było rzeczą podać w końcu książki skorowidz nazwisk, lecz tego autor nie uczynił.

Wśród wielkiej liczby przeróżnych wiadomości z dziejów nauk lekarskich znajdują się tu i owdzie pewne niedokładności, spowodowane czasem błędem zecerskim lub wadliwą budową zdania. Na stronicy 33 autor pisze: »Mondino jest najwybitniejszym przedstawicielem anatomii aż do Vesala. Od piętnastego wieku był on pierwszy, co dysekował trupy ludzkie«. Powinno być chyba: »do piętnastego wieku«, bo Mondino żył na schyłku XIII i początku XIV wieku. Na str. 38 autor wzmiankuje, że Roger Bacon żył w XIV stuleciu; jest to wiadomość mylna, albowiem słynny ten Franciszkanin żył w XIII wieku. Na tejże stronicy autor pisze: »Reforma anatomii jest dziełem wielkich anatomów włoskich. Andreas Vesal, Falopiusz, Ingrassias i Eustachiusz są twórcami otiatryi naukowej, jakkolwiek na tem polu Vesal stoi niżej od Falopiusza«. Z tego ustępu mógłby czytelnik nabrać mylnego przekonania, jakoby wielki anatom Vesal był Włochem.

Na str. 86 znajdujemy taki ustęp: »Marie François Xavier Bichat (1771—1802), anatom sławny, nakreślił drogę, po jakiej medycyna naukowa iść powinna. Neuburger geniusz jego porównywa do Napoleona i wyraża się o nim, że jeżeli sztuka lekarska zawdzięcza Hippokratesowi najlepsze zasady, zaś Harveyowi odkrycie fundamentalne, obaj zawdzięczali niezapomnianemu Bichatowi metodę najlepszą, metodę przyrodniczą«. Z tej wadliwej stylizacyi możnaby wysnuć błędny wniosek, że Bichat żył przed Hippokratesem i Harveyem. Z drobniejszych niedokładności przytoczę następujące: »Blumbach« zamiast Blumenbach (str. 73), »L. Teichman, profesor histologii«, zamiast anatomii (str. 171), »Hirszfeld« zamiast Hirschfeld (str. 180), »Szymanowicz, profesor Wszechnicy krakowskiej«, zamiast Szymonowicz, profesor Wszechnicy lwowskiej« (str. 181).

Ogólny sąd o pracy Dra Heimana można wydać taki: Nie jest to praca popularna, lecz raczej praca zajmująca pośrednie stanowisko między popularną a pracą historyczną naukową. Sądząc ze spisu źródeł, z których autor korzystał w czasie pisania swego dzieła, musimy przyznać, że przygotował się do swego zadania bardzo sumiennie. W rzeczy samej, czytając »Krótki rys historyi otiatryi«, łatwo zauważyć, iż autor posiada gruntowne wiadomości nie tylko z dziejów otyatryi, lecz i z historyi innych gałęzi medycyny, zarówno teoretycznych, jak i praktycznych. Pracy w swoje dzieło włożył bardzo dużo. Życzyć należy, aby praca ta nie poszła na marne, lecz aby książka Dra Heimana znalazła sporo czytelników wśród lekarzy i zachęciła ich do poznania również dziejów innych nauk medycznych. Okoliczność, że autor nie ograniczał się do wiadomości wyłącznie z dziejów otyatryi, lecz że również uwzględniał w pracy swej ważniejsze rzeczy w rozwoju innych gałęzi medycyny, słowem, że historyę otyatryi powiązał z historyą medycyny wogóle, należy poczytać za rzeczywistą zaletę »Krótkiego rysu historyi otiatryi«.

Adam Wrzosek.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Baisch. **Rentgenoterapia gruźlicy chirurgicznej.** (Klin. therap. Woch. 1912, Nr 21). W ostatnich czasach w leczeniu gruźlicy chirurgicznej zaczyna znowu przeważać leczenie zachowawcze, zwłaszcza światłem słonecznem i promieniami Röntgena. Rentgenizacya oddaje cenne usługi w leczeniu gruźlicy gruczołów, szczególnie nie zropiałych, mniej dobre przy gruźlicy stawów i kości. Kosmetyczne wyniki osiąga się bardzo dobre. Nieocenionem wprost jest leczenie promieniami Röntgena, jako leczenie pomocnicze po wycięciach stawów gruźliczych, zwłaszcza tam, gdzie nie można było doszczętnie zoperować. Rentgenoterapia wymaga wielkiej ostrożności u dzieci, a więc należy tu używać słabych dawek i stosunkowo miękkich lamp. Z innych cierpień gruźliczych nadają się do tego: leczenie przetoki odbytu, gruźlica otrzewnej, sterczu, pęcherzyków nasiennych, torebek ścięgnistych i t. p. Pomocne bywa leczenie równoczesne tuberkuliną. B. używa filtrów aluminiowych przy oddaleniu 24—30 cm, daje pełną dawkę Sabourauda z różnych stron, poczem następuje 3-tygodniowa przerwa. K.

Jerusalem. **Przyczynek do chirurgicznego leczenia gruźlicy w uzdrowiskach.** (Med. Klinik, 1912, Nr 20). J., zachęcony wynikami innych, postanowił wspólnie z Frankfurterem leczyć gruźlicę chirurgiczną w sanatoryum Grimmenstein słońcem i powietrzem i po $1^1/_2$ roku doświadczenia jest dumny ze swoich wyników. Ogółem leczył 37 przypadków i osiągnął przeważnie dobre i rychłe wyleczenia lub polepszenia, których przy innych sposobach leczenia w tak krótkim czasie z pewnościąby się nie osiągnęło. Stosował przytem tylko małe zabiegi chirurgiczne, ew. zastoinę lub leczenie przetok pastą Becka. Gojenie postępuje rychło i, co najważniejsze, uzyskuje się dobre wyniki co do czynności danej części ciała. Uzdrowiska, w których ma się prowadzić leczenie tym sposobem, nie koniecznie leżeć muszą w wysokich górach, byleby miały światło od południa i dobre powietrze. Ze względu na klasę robotniczą powinny znajdować się one w sąsiedztwie dużych miast, a do budowy ich przyczyniać się powinny kasy chorych. K.

Moynihan. **O wrzodzie dwunastnicy.** (Wien. med. Woch. 1912, Nr 16). Wrzód dwunastnicy występuje, podług M., bardzo często, a 5 razy częściej, niż wrzód żołądka. Zwykle wydarza się u mężczyzn między 25—45. rokiem życia. Przypady występują okresowo naprzemian z okresami zupełnego zdrowia. Zwykle zjawiają się napady po zaziębieniu, a więc częściej w miesiącach chłodniejszych, po »zepsuciu żołądka«, po wzruszeniach i t. p. Typowym bywa nieraz ból »głodowy«, znikający po spożyciu pokarmów, występujący w stałych godzinach (np. o 4. po południu i o 2. w nocy). Podczas napadu kwaśność żołądka bywa wzmożona. Przy pilnem codziennem badaniu stolca nieraz wykrywa się w nim krew. Operacya polega na połączeniu żołądka z jelitem lub wycięciu wrzodu; Moynihan ma tylko 2% śmiertelności (?). K.

Rusu. **Nowy objaw przy zapaleniu dróg żółciowych.** (Tow. lek. wied. Czerwiec 1912). R. stwierdził, że chorzy ze zmianami dróg żółciowych po spożyciu 40 grm. galaktozy dostawali gorączki do 39·5°, przyczem nieraz zjawiała się żółtaczka, stolce były bezbarwne, a także czasem występowała leukocytoza we krwi. Natomiast po wyleczeniu takich chorych i u innych chorych nie spostrzegano tych przypadków nawet po spożyciu 70 grm. galaktozy. Zjawisko to odnosi Rusu do wzmożonej pod wpływem galaktozy produkcyi żółci, która przy zwężeniu dróg żółciowych nie może dobrze odpływać, ulega zastojowi i wessaniu. Badano w ten sposób przypadki kamicy, raka pęcherzyka i t. p. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 7. maja 1912 r.

1) St. Klejn: **Spostrzeżenia nad krwawiączką (haemophilia) u kobiet.** Wbrew znanemu twierdzeniu, że krwawiączka jest chorobą właściwą tylko płci męskiej, K. widział w ciągu ostatnich 3 lat 16 przypadków tego cierpienia u kobiet, a tylko 8 u mężczyzn. U kobiet cechą charakterystyczną choroby są obfite i długotrwałe krwawienia maciczne podczas peryodu, będące niekiedy przyczyną śmierci chorych (1 przyp.). Obok krwawienia macicznego istnieją zawsze inne typowe objawy tej choroby, jak u mężczyzn. Krwawiączka u bardzo młodych dziewcząt występuje często w postaci przewlekłej; chorym takim grozi już podczas pierwszej miesiączki krwotok, o czem pamiętać należy. Możliwość występowania krwawiączki wyłącznie w macicy, K. przyznaje, aczkolwiek sam przypadków takich nie widział. Krwawiączka u kobiet jest nietylko chorobą dziedziczną, ale również nabytą, czego dowodzą spostrzeżenia prelegenta. Objawy choroby nabytej mogą się zjawić nieraz bardzo wcześnie, a nieraz dość późno, np. w 16 r. życia. Krwotoki maciczne mogą trwać do 4 tygodni, a nawet dłużej; K. widział przypadek, w którym krwawienie z bardzo małemi przerwami trwało $^1/_2$ roku. K. spostrzegał dość często u kobiet z krwawiączką obrzmienie dziąseł ograniczone, które trwało całe lata i było źródłem ciągłego krwawienia. Poród u kobiet dotkniętych krwawiączką najczęściej nie daje krwotoków, aczkolwiek zdarzają się przypadki krwawień nawet śmiertelnych. K. zwraca uwagę na pewną skłonność do krwotoków u histeryczek, u zwyrodniałych i obarczonych dziedzicznie gruźlicą. Przypadki takie nie są krwawiączką, ale do pewnego stopnia mogą objaśniać powstawanie krwawiączki nabytej. Chore po krwotokach, nawet gwałtownych, przychodzą do zdrowia bardzo szybko; wogóle najczęściej wyglądają dobrze, są prawidłowo zbudowane i odżywione, chociaż zdarzają się osoby wątłe. Leczenie choroby (krwotoków macicznych) długi czas polegało na zabiegach ginekologicznych. Dopiero w latach ostatnich zaczęto stosować surowicę zwierzęcą lub ludzką, oraz pepton. K. na podstawie panujących obecnie teoryi o krzepnięciu krwi Morawitza i Wolfa rozbiera sposób działania tych 2 środków. Na mocy własnego doświadczenia dochodzi do wniosku, że w krwotokach macicznych należy przedewszystkiem wstrzyknąć dużą dawkę surowicy prawidłowej, a po kilku dniach dawkę tę powtórzyć. W razie bezskuteczności tego leczenia zaleca K. wstrzykiwanie rozczynu peptonu. W przypadkach rozpaczliwych należy wstrzyknąć świeżą surowicę ludzką lub zwierzęcą. W ostateczności pozostaje tamponowanie.

W dyskusyi Rzętkowski zaznacza, że bardzo lekkie postacie krwawiączki są wogóle częste u kobiet; występują w postaci zwiększonej kruchości drobnych naczyń krwionośnych, skutkiem czego u takich osób pod wpływem nieznacznego ucisku lub uderzenia pojawiają się dosyć nieraz rozległe siniaki. W tych razach nie zawsze chodzi o osoby chorowite lub zwyrodniałe, a skład i morfologia krwi często nie przedstawiają żadnych zmian. Rzeczywista krwawiączka u kobiet nie ogranicza się do macicy, lecz występuje z różnych miejsc ciała. Oczywiście, że w tych razach krwawienia fizyologiczne ulegają wzmożeniu. W przypadkach krwawiączki istotnej stwierdzić można wzmożoną kruchość naczyń krwionośnych drobnych (żył) przez nałożenie opaski uciskającej na ramię; wtedy poniżej opaski na skórze przedramienia występuje mnóstwo drobniutkich wybroczyn. Podobne wybroczyny widujemy u niektórych chorych na krwawiączkę prawie stale na kończynach dolnych. Zapomocą tego doświadczenia, które Rz. opisał w 1908 roku, stwierdzić możemy kruchość naczyń, i to wówczas, kiedy nastąpiła ogólna poprawa stanu chorych. Opisana przez prelegenta krwawiączka u kobiet różni się od krwawiączki męskiej tem, że zazwyczaj nie występuje jako cierpienie rodzinne, a nadto trwa nie od urodzenia chorych, lecz może pojawiać się w wieku późniejszym. Rz. nie zgadza się z prelegentem co do bezskuteczności wstrzykiwania żelatyny; w przypadku Rz. wstrzykiwania 10% roztworu żelatyny były bardzo skuteczne. Z wstrzykiwania surowicy końskiej zwykłej Rz. żadnych wybitniejszych korzyści nie otrzymywał.

M. Jakowski wspomina o przypadku krwawiączki, w którym surowica przeciwpaciorkowcowa wywarła skutek pomyślny. — Lubliner zaznacza, że krwawienie z nosa, gardła i krtani spotyka się częściej u mężczyzn, niż u kobiet. — A. Sokołowski przytacza przypadek krwawiączki ograniczonej do krtani podczas miesiączki.

Jaworski zaznacza, że prelegent, rozważając przyczyny krwawień macicznych, pominął pewną ich kategoryę, mianowicie krwotoki maciczne pochodzenia przymiotowego, t. zw. angiosklerozę kiłową macicy, która cechuje się stwardnieniem naczyń, usadowionem tylko w naczyniach macicy. Podobne krwotoki maciczne, bardzo obfite i uporczywe, bez cech peryodyczności, nie poddają się żadnym środkom, jedynie leczenie przeciwprzymiotowe daje wynik dobry.

W odpowiedzi Klejn zaznacza, że co do kruchości naczyń, to dawniejsze doświadczenia Moravitza nie wykazały żadnych różnic w zachowaniu się naczyń u krwawców; zresztą sposób, podany przez Rz., jest niedokładny, gdyż zmiany w naczyniach, o ile istnieją, są natury przeważnie chemicznej, a nie anatomicznej. Żelatynie K. nie przypisuje żadnego działania leczniczego w krwawiączce. Uwagę Jaworskiego co do przymiotowej etyologii krwawień macicznych K. przyjmuje do wiadomości i sprawdzi ją na jednej chorej, którą obecnie spostrzega. W każdym razie trudno przypuścić, aby przyczyną krwawiączki ogólnej mógł być przymiot.

2) Skórczewski: **Dlaczego atofan wywołuje zwiększenie wydalania kwasu moczowego i czego możemy spodziewać się po nim w leczeniu dny.** Kwas fenilo-chinolino-karbonowy (atofan) po podaniu wewnętrznem wywołuje zwiększone wydalanie kwasu moczowego i dlatego rozpowszechnia się szybko w leczeniu dny. Wspólnie z Drem Sohnem spostrzegał prelegent występowanie w moczu poatofanowym kilku odczynów barwnych, z których najcharakterystyczniejszym był odczyn dwuazowy. Naprowadziło to badaczy na myśl, że atofan zamienia się na ciało pokrewne, ale chemicznie różne, które w rzeczywistości autorowie otrzymali; jestto oksyatofan. Sprawa utleniania atofanu na oksyatofan nasunęła pytanie, czy ustrój pracę tę wykonywa bez szkody. Badania dowiodły obecności zwiększonej ilości siarki obojętnej w moczu poatofanowym oraz zaburzenia w wydalaniu kwasów oksyproteinowych, pozwalających wnosić o zwiększonej ilości urochromu, podstawowego barwika moczu. Z wnioskiem tym zgadza się spostrzeżenie kliniczne, że zabarwienie moczu poatofanowego jest znacznie ciemniejsze. Stwierdzenie faktów powyższych musiało wywołać zmianę w tłómaczeniu działania atofanu. Teorya eliminacyjna Weintrauda, nie mająca za sobą dodatnich doświadczeń i wykazująca szereg niejasności, staje się coraz bardziej wątpliwą. Prelegent tłómaczy działanie atofanu na zwiększenie kwasu moczowego zaburzeniem utleniania, polegającem na utrudnieniu rozkładu kwasu moczowego na związki prostsze; przytem zaburzenie rozkładu kw. moczowego po podaniu pierwszej dawki musi być większe, niż po dawkach następnych. Czy polega to na niedostatecznej ilości fermentu urykolitycznego, który następnie ulega zmobilizowaniu, czy też na zmianie zasadowości środowiska pod wpływem wessania większej ilości środka kwaśnego, prelegent nie chce rozstrzygać. Wszystkie spostrzeżenia, nie zgadzające się z teoryą Weintrauda, można jasno wytłómaczyć zaburzeniem utleniania. Skuteczność atofanu polegałaby na wzmożeniu siły oksydacyjnej po

okresach atofanowych, co zdaje się wynikać z nizkich cyfr kwasu moczowego, zawsze tutaj spostrzeganych. Atofan należałoby zarzucić w okresie ostrego napadu dny, natomiast stosować go w małych, zwiększanych powoli dawkach podczas okresów zwolnienia; przytem zawsze będzie wskazane zachowanie ostrożności.

W dyskusyi Rzętkowski zaznacza, że badania prelegenta nie świadczą, aby urykoliza pod wpływem atofanu ulegała zmniejszeniu i aby na tem właśnie polegał mechanizm działania atofanu w kierunku wzmagania się ilości kw. moczowego w moczu. Zarówno wzmaganie się ilości kw. oksyproteinowych w moczu, jak i występowanie odczynu dwuazowego po atofanie świadczą, że może pod wpływem atofanu następuje toksyczny rozpad tkanek miąższowych i nukleoproteidów, skąd wzmaganie się ilości powstającego w ustroju i wydzielanego z moczem kw. moczowego. Atofan działa w niektórych przypadkach dny istotnej bardzo szybko i skutecznie. Dobre skutki ma wywoływać również w zapaleniu wielu stawów, gdzie już o dnę i kw. moczowy nie chodzi. Stąd też trudno mówić o wyłącznie swoistem przeciwdnawem jego działaniu. U osób zdrowych, według doświadczeń Rz., nie zawsze wzmaga on wydzielanie kw. moczowego endogenicznego. O powstającem pod wpływem atofanu zmniejszaniu się zasadowości krwi i o wpływie tą drogą na urykolizę trudno poważnie mówić; zresztą gdyby atofan istotnie zmniejszał utlenianie kw. moczowego w ustroju, to już to samo stanowiłoby przeciwwskazanie do jego podawania chorym dnawym, u których urykoliza jest zmniejszona, a co stanowi istotną przyczynę sprawy.

Halpern sądzi, że zasada, na której prelegent opiera swe przypuszczenia co do wpływu atofanu na utlenianie kw. moczowego, jest niesłuszna. Przedewszystkiem bowiem jest rzeczą wątpliwą, czy mamy prawo sądzić o upośledzonem utlenianiu białka na podstawie wzmożonej zawartości siarki obojętnej w moczu; ale gdyby nawet tak było, to nie mamy dostatecznej podstawy do przenoszenia warunków utleniania substancyi białkowych na inne sprawy oksydacyjne w ustroju, a względnie i na utlenianie kwasu moczowego; są to bowiem sprawy zgoła od siebie niezależne. Ustrój posiada szereg fermentów utleniających, działających na poszczególne substancye w rozmaitych kierunkach, a zaburzenia w utlenianiu jednej substancyi bynajmniej nie wywołują zaburzeń w utlenianiu innych.

W odpowiedzi Skórczewski zwraca uwagę, że twierdzenie Rzętkowskiego, iż atofan mógłby działać toksycznie i wywoływać zwiększenie kw. moczowego przez wzmożenie rozpadu nukleoproteidów, nie zgadza się z doświadczeniami Weintrauda, Bracha i prelegenta, a więc przypuszczenie takie należy odrzucić. Prelegent zwraca uwagę na przyczynowy związek, jaki w wyjaśnieniu działania atofanu występuje według jego tłomaczenia; jedna przyczyna zaburzenia w utlenianiu tłomaczy szereg objawów, i nie potrzeba uciekać się do przypisywania atofanowi własności swoistych.

T: Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 8. V. 1912 r.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1) Kol. Goldberg a) przedstawił kobietę, u której z pomyślnym wynikiem dokonał **plastycznej operacyi kości** po przebytem zapaleniu szpiku. Jama wypełniona została masą z wyciętego z goleni mięśnia.

b) Tenże przedstawił kobietę, u której usunął **kamienie żółciowe** oraz **kamień z pęcherza moczowego,** powstały wskutek pozostawienia jedwabnych szwów na tylnej ścianie pęcherza po zeszyciu przed kilku miesiącami przetoki pęcherzowo-pochwowej.

2) Sonenberg w zastępstwie nieobecnego na posiedzeniu kol. Sterlinga pokazuje **przypadek tętna paradoksalnego** u dwudziestokilkoletniego mężczyzny; gdy chory po głębokim wdechu oddech wstrzymuje — tętno ginie; brak tętna można tu jeszcze spostrzegać przez kilka sekund po nastąpionym wydechu. Przypadek ten ma być jeszcze przez kol. St. bliżej omówiony.

3) Kol. Skalski przeczytał opracowany wspólnie z kolegami Łuczyckim i Zielnickim **projekt regestracyi zgonów w Łodzi.**

Oto w zarysach ogólnych treść referatu: Regestracya zgonów, istniejąca od r. 1892 w całem państwie, w Łodzi od 2 przeszło lat z przyczyny niedbalstwa Zarządu miejskiego nie istnieje. Łatwo zrozumieć, jakie to pociąga za sobą następstwa. Brak cyfr ścisłych nie pozwala się oryentować w śmiertelności miasta wogóle i w natężeniu panujących w mieście chorób nagminnych, stąd niepodobna wiedzieć coś pewnego o istotnym stanie zdrowotnym miasta i jego poszczególnych dzielnic, oraz powstają poważne przeszkody przy podejmowaniu zarządzeń zdrowotnych. Zdaniem autorów projektu należy starać się o przywrócenie w naszem mieście regestracyi. Najlepiej, według nich, dałoby się to uskutecznić, gdyby za wprowadzeniem regestracyi oświadczyło się Towarzystwo lekarskie.

Autorowie szczegółowo przedstawiają opracowany przez siebie projekt, który przewiduje utworzenie stanowiska lekarza-statystyka miejskiego z płacą 1500 rb., oraz dwóch pomocników z płacą po 1200 rb. Na lekarzach tych ciążyłby obowiązek określania przyczyny zgonu w tych jedynie przypadkach, gdy zmarły nie uciekał się za życia do pomocy lekarskiej. W przeciwnym razie świadectwa zgonu wydają lekarze domowi, a świadectwa te służą za podstawę do grzebania zwłok i są przesyłane codziennie przez odnośnych urzędników stanu cywilnego lekarzom-statystykom, którzy znów na zasadzie tych świadectw oraz własnych spostrzeżeń robią co tydzień zestawienia i otrzymany w ten sposób materyał komunikują władzom oraz ogółowi. Przypadki nagłej śmierci oraz samobójstw i zabójstw podlegają orzeczeniu lekarzy cyrkułowych, którzy w każdym takim przypadku wraz z rozpoznaniem, na sekcyi opartem, przesyłają zawiadomienia do lekarzy-statystyków. Regestracya, według powyższego projektu, jeśli nie jest bez wad, ma jednak w porównaniu z tą, która obowiązywała do r. 1910, zalety: skupia czynności w rękach lekarza-statystyka, dalej pozwala dokładniej regestrować przyczyny zgonów i prędzej otrzymywać pozwolenie na pochowanie zwłok, ponieważ nie będzie potrzeba, jak to było dotychczas, otrzymywać od lekarza cyrkułowego potwierdzenia świadectw zgonu, wydawanych przez lekarza domowego.

Nad projektem tym wywiązała się dyskusya.

Niektórzy z biorących udział w dyskusyi wypowiadali pogląd, że regestrowanie zgonów według powyższego projektu nie o wiele stan rzeczy zmieni, stwierdzanie bowiem przez lekarzy-statystyków zejść śmiertelnych w tych przypadkach, które nie były za życia obserwowane przez lekarza, naraża materyał statystyczny na to, że będzie równie niepewnym i niedokładnym, jak i przedtem, kiedy świadectwa zgonów wystawiali lekarze cyrkułowi. Zwrócono jednakże w dyskusyi uwagę na to, że błędy i niedokładności zawsze być muszą w statystyce i że doskonałą mogłaby być statystyka przyczyn zgonów tylko chyba wówczas, gdyby w każdym przypadku śmierci obowiązywało dokonywanie sekcyi. Były głosy, proponujące obznajmienie się ze sposobem prowadzenia statystyki zgonów w Warszawie, względnie wzorowanie się na warszawskiej statystyce. Proponowano wreszcie wybór komisyi i opracowanie innego sposobu zapisywania zgonów i t. d. Naogół jednakże omawiany projekt spotkał się z przychylnem przyjęciem większości, uznano bowiem, że przynajmniej na razie, dla braku lepszego sposobu zaprowadzenia regestracyi według proponowanego wzoru w mieście, w którem od 2 przeszło

lat nie prowadzi się żadnej wogóle statystyki zgonów, może zmienić stan rzeczy na lepsze i uchwalono poczynić w imieniu Towarzystwa u władz starania w celu urzeczywistnienia omawianego projektu. W dyskusyi brali udział koledzy: Pinkus, Rundo, Sadkowski, Tenenbaum, Łuczycki, Krusche, Kaufman, Łukasiewicz, Goldberg, Glogier, Sonenberg i prelegent. E. Sonenberg.

Dalsze losy projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Uchwalenie przez parlament austryacki, a więc i wejście w życie tak koniecznej ustawy o chorobach zakaźnych odwlokło się znowu o kilka conajmniej miesięcy. Tułając się od lat przeszło pięciu z parlamentu do biur ministeryalnych i z powrotem, miał wreszcie projekt ustawy stanąć na porządku dziennym Izby posłów, gdy go zeń w ostatnich już dniach sesyi zepchnęła decyzya przewodniczących klubów parlamentarnych. Wprawdzie jeszcze w ostatniej chwili powiodło się Dr Adlerowi uzyskać odmienną uchwałę Izby, ale skończyło się na tem, że tylko referent komisyi sanitarnej przedłożył Izbie swoje sprawozdanie; do dalszych czytań ustawy i do jej przyjęcia nie doszło. A właśnie wśród pośpiechu, z jakim przy końcu sesyi parlamentarnej toczyły się obrady, były warunki korzystne do gładkiego przeprowadzenia ustawy przez Izbę bez »poprawek« ze strony różnych zwolenników »naturalnego leczenia«, przeciwników szczepienia i t. p. szkodników, których nie brak i w austryackim parlamencie.

Jeżeli powiedzie się uniknąć przy wznowionych nad ustawą obradach tego rodzaju »poprawek«, mogących przynieść sprawie znaczne szkody, to ustawa przejdzie prawdopodobnie z temi uzupełnieniami, które dodała do projektu komisya sanitarna Izby posłów i na które rząd się już zgodził. Uzupełnienia te są w przeważnej części zgodne z żądaniami, wypowiedzianemi przez ankietę naszą z r. 1907 i objętemi memoryałem Wydziału krajowego; mają więc dla naszego kraju szczególne znaczenie. Przeprowadzenie tych żądań zawdzięczać będzie kraj głównie JE. Adamowi hr. Gołuchowskiemu, obecnemu marszałkowi kraju, który jeszcze przed objęciem tego stanowiska, jako członek parlamentarnej komisyi sanitarnej gorąco zajął się postulatami naszymi co do ustawy przeciwepidemicznej i wpływem swym uzyskał przychylną uchwałę komisyi i zgodę przedstawicieli rządu na znaczną część tych postulatów.

Streszczając poniżej zmiany projektu, uchwalone ostatecznie przez parlamentarną komisyę sanitarną, odsyłamy co do samego projektu i dawniejszych jego modyfikacyi, przyjętych w Izbie panów, do poprzednio w tej sprawie ogłoszonych w »Przeglądzie lekarskim« artykułów (1907 Nr 41—43 i 45—49, 1909 Nr 10—12, 1911 Nr 19, 1912 Nr 12).

W przepisach, dotyczących donoszenia o chorobach zakaźnych, dodano postanowienie (w § 2), że drogą rozporządzenia może być wprowadzony obowiązek donoszenia kierownictwu szkoły o zachorowaniu na chorobę zakaźną uczniów, nauczycieli lub służby szkolnej. Postanowienie to odpowiada w pewnej mierze (aczkolwiek tylko w zakresie szkolnictwa) podniesionemu przez naszą ankietę postulatowi donoszenia podwójnego (to jest nietylko do zwierzchności gminnej), które u nas wobec znanej niesprawności wiejskich zwierzchności gminnych byłoby nieraz bardzo przydatne. Obowiązek donoszenia o przypadkach chorób zakaźnych nałożono (w § 3) także na nauczycieli i służbę szkolną (dotychczas projekt ustawy wymieniał tylko kierowników szkół), na właścicieli domów zajezdnych, hoteli i t. p. (jak to było w projekcie pierwotnym, co jednak Izba panów usunęła), wreszcie na weterynarzy w przypadkach chorób przenośnych ze zwierząt. Wniosek ankiety galicyjskiej o nałożenie obowiązku donoszenia także na duchowieństwo, niestety nie został uwzględniony.

W postanowieniach o odosobnieniu chorych i odkażaniu zaszły zmiany według wniosków naszej ankiety; mianowicie dodano ustęp, iż w razie potrzeby mają być urządzane szpitale przenośne (barakowe), zaopatrzone w potrzebne urządzenia i personal (§ 8), oraz że odkażanie ma być dokonane przez władze (behördliche Desinfection, § 9). Dodano tu też w przepisach o dostarczeniu lokalów izolacyjnych i środków transportowych zastrzeżenie, że mają być one dostarczone na czas. W ograniczeniach używania wody rozszerzono zakaz nietylko na wyrób, ale i na sprzedaż środków spożywczych (§ 11). Postanowienia o zamykaniu szkół i usuwaniu nauczycieli od zajęć w szkole (w razie choroby zakaźnej w ich domu) (§ 19 i 10) rozszerzono także na »inne podobne zakłady«. Bardzo ważne jest — zgodnie z żądaniem naszej ankiety — rozszerzenie przepisów o ograniczeniu ruchu resp. o zamknięciu przedsiębiorstw przemysłowych także na przypadki płonicy, błonicy i duru brzusznego (§ 21), oraz — również według wniosku naszej ankiety — zmiana słówka »mogą« na »muszą« w § 22, wskutek czego na zakażonych domach w przypadkach duru osutkowego, ospy, cholery i moru, a na zakażonych mieszkaniach przy płonicy, błonicy i zapaleniu opon będą *musiały* być umieszczane ostrzeżenia.

Specyalnie ze względu na stosunki ekonomiczne naszej ludności ma wielką doniosłość przyjęcie wniosku ankiety galicyjskiej, by osobom odosobnionym dostarczano utrzymania (§ 18, 23), i to ubogim — bezpłatnie. Komisya sanitarna Izby posłów poszła tu nawet jeszcze dalej, co zasługuje na największe uznanie. Mianowicie uchwaliła ona zupełnie osobny paragraf (obecny § 34), opiewający: »Osobom niezamożnym, w szczególności utrzymującym się z zarobków dziennych lub tygodniowych, wypłacane będzie w razie, gdyby wskutek zarządzeń według § 8, 18, 21 lub 23 (odosobnienie) nie mogły zarobkować, odszkodowanie w wysokości 60% zwykłego zarobku dziennego robotników, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia«. Wysokość zarobku (według zarobków zwykłych w danym okręgu sądowym) określana być ma według § 7. ustawy z 30. III. 1888. dpp. Nr 33. Uprawnionym do zapomogi z kasy chorych ma być wypłacana kwota uzupełniona do owych 60%, gdyby była od nich niższa.

Równie doniosłe w naszych warunkach jest opuszczenie — zgodnie z wnioskiem ankiety galicyjskiej — w § 30. postanowienia, aby odszkodowanie za zniszczone przy odkażaniu przedmioty wypłacane było ich właścicielowi *tylko* wówczas, jeżeli utrata tych przedmiotów zasadniczo zagraża bytowi materyalnemu właściciela, oraz — również zgodnie z naszym postulatem — przedłużenie terminu zgłoszenia się o odszkodowanie z 2 na 4 tygodnie (§ 33).

Pod względem zawodowych interesów lekarzy wprowadziła komisya sanitarna Izby posłów korzystne uzupełnienie projektu ustawy, zabezpieczając lekarzom epidemicznym pełne pobory w razie zachorowania (§ 28), w razie niezdolności do pracy minimum emerytury 2400 k., a rodzinom w razie śmierci lekarza zabezpieczając emeryturę VIII klasy rangi bez zawartych w pierwotnym projekcie ustawy ograniczeń (§ 35). W tych punktach zbiegły się starania organizacyi zawodowych lekarzy całej Austryi z wnioskami naszej ankiety, nieco tylko pod względem formalnym różniącymi się od obecnego brzmienia projektu ustawy po przerobieniu go przez komisyę parlamentarną.

Również w zasadzie zgodny z postulatami naszej ankiety, choć co do formy szczegółowiej opracowany, jest nowy paragraf (obecnie § 36), dodany przez komisyę parlamentarną, a dotyczący emerytur i zaopatrzenia rodzin służby sanitarnej i dozorców chorych. Paragraf ten przeznacza w razie niezdolności do pracy, nabytej przy zwalczaniu epidemii, 600 kor. emerytury rocznej, w razie śmierci 300 kor. pensyi wdowiej, 150 kor. pensyi sierocej, 60 kor. dodatku na wychowanie i t. d.

Do kosztów, które ponosić będzie skarb państwa, przybyły wskutek tych zmian projektu: odszkodowania za utratę zarobku niezamożnych osób odosobnionych i koszta emerytur służby sanitarnej i jej rodzin. Wreszcie — zgodnie również z wnioskiem naszej ankiety — mają być prócz listów także telegramy, donoszące o chorobie zakaźnej, wolne od opłaty pocztowej.

Jako termin wejścia ustawy w życie uchwaliła komisya parlamentarna dzień 1. stycznia 1913.

Równocześnie z projektem ustawy przedkłada komisya sanitarna Izby posłów (niezależnie od uchwalonego już przez Izbę panów wezwania do rządu, aby wygotował projekt ustawy o szczepieniu krowianką), — pięć rezolucyi pod uchwałę Izby posłów. Są one następujące:

I. Wzywa się rząd, aby jaknajusilniej starał się i dołożył wszelkich usiłowań celem powszechnego wprowadzenia także i w Austryi instytucyi lekarzy szkolnych. (Do rezolucyi tej dołączono obszerniejsze uzasadnienie, które pomijamy, jako zawierające rzeczy, powszechnie lekarzom znane).

II. Wzywa się rząd do niezwłocznego przedłożenia projektu ustawy, któraby rozciągnęła umowy międzynarodowe, zawarte przez Austryę z innemi państwami, a dotyczące dotąd tylko moru, cholery i febry żółtej, także na inne choroby zakaźne, objęte niniejszą ustawą; przedewszystkiem zaś ma być

zawarta z Węgrami umowa co do obowiązkowego zawiadamiania o przypadkach chorób zakaźnych.

III. Wzywa się rząd do przedłożenia projektu ustawy, stwarzającej fundusz asanacyjny, przeznaczony na to, aby umożliwić lub ułatwić gminom lub instytucyom dobra publicznego budowę wodociągów i kanalizacyi, oraz wykonanie innych prac asanacyjnych.

IV. Wzywa się rząd, aby jaknajspiesznej przedłożył Izbie posłów projekt ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu gruźlicy i chorób wenerycznych.

V. Wzywa się rząd, aby popierał budowę sanatoryów przeciwgruźliczych, planowanych przez Towarzystwa przeciwgruźlicze w wielu krajach koronnych i aby w tym celu wstawił do budżetu ministerstwa spraw wewn. na r. 1913 odpowiednio wysoką kwotę. C.

†

Dr Edmund Neusser

profesor Uniwersytetu wiedeńskiego

ur. w Swoszowicach pod Krakowem 1. grudnia 1852, zmarł w Fischau 30. lipca 1912.

Życiorys podamy w jednym z następnych zeszytów.

Konkurs.

Jeden ze współpracowników »Przeglądu lekarskiego« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wyszła z druku obszerna rozprawa Prof. Dra Stanisława Domańskiego p. t. »Nerwica urazowa«. Z rozprawy tej nie omieszkamy zdać dokładniej sprawę w jednym z następnych numerów.

— Stanowisko asystenta Zakładu anatomii patologicznej wakuje od 1. października 1912. Podania wnosić należy do Dziekanatu Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. VII. do 27. VII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 1 † —), krztuśca 8, ospy wietrznej 2, płonicy 3 † 1 (6 † 2), duru brzusznego 6 † 1 (2 † —), tężca — † — (1 † 1), nagm. zapalenia opon mózg. 1, czerwonki 4 (1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Od kilku tygodni rozpoczął swą działalność miejski Zakład dezynfekcyjny, połączony z zakładem palenia śmieci i odpadków. Zakład, zbudowany przy ul. Spokojnej, kosztował blizko 300.000 rb.; budżet roczny określono na 70.000 rb. Personal zakładu składa się z 60 osób, odpowiednio wykształconych i egzaminowanych przez komitet nadzorczy, który składają: radny magistratu p. Mrozowski, naczelny lekarz miejski Dr Polak, inspektor urzędu lek. Dr Puszkin, i delegaci Towarzystw: technicznego, higienicznego i właścicieli nieruchomości.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze warszawskie otwarło 1. VII. b. r. sanatoryum ludowe (w pobliżu sanatoryum w Rudce) pod nazwą »Leśniczówka«, mieszczące na razie 10 chorych.

— Dr Władysław Stankiewicz, wybitny chirurg, dzielny pracownik naukowy i nauczyciel młodszego pokolenia lekarzy, płodny pisarz, zasłużony obywatel kraju, obchodzi w r. b. półwiekowy jubileusz pracy lekarskiej. Ukończywszy w r. 1862 Akademię medyko-chirurgiczną, brał udział w ówczesnych wypadkach krajowych. Poświąciwszy się chirurgii, w której szczególnie w dziale urologicznym przodował, wykształcił cały szereg uczniów, pracując zrazu na stanowisku chirurga szpitala dziecięcego przy ul. Aleksandryi, potem szpitala św. Rocha i szpitala ewangielickiego, którego później został lekarzem naczelnym. Z okazyi jubileuszu poświęcił »Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny« ostatni swój zeszyt Dr W. Stankiewiczowi. Do życzeń, wyrażonych Czcigodnemu Jubilatowi przez wydawców »Przeglądu chirurgicznego«, całem sercem się przyłączamy.

— Dr Antoni Michałowski w Żelechowie obchodził jubileusz 50-letniej pracy lekarskiej. Od lat 40 pracując w Żelechowie, założył tam szkołę, ochronkę, straż ogniową, kasę zaliczkową i sklep współdzielczy.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 22. VII. do 29. VII. 1912 przypadków: ospy 3 † 1, płonicy 1. Dr Trenkner.

Mianowani: Dr Lejars profesorem patologii zewnętrznej (po Lannelongue'u), Dr Legueu profesorem chorób dróg moczowych (po Albarranie), Dr Desgrez profesorem chemii lek. (po Gautierze) w Paryżu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1912:

Gazeta lek. Nr. 27—31. Popielski: O zasadniczych zjawiskach czynności wydzielniczej gruczołów trawiennych (27—28).— Klejn: Spostrzeżenia nad krwawiączką (haemophilia) u kobiet i jej leczeniem (27—28). — Tuz: Spostrzeżenia kliniczne nad próbami tuberkulinowemi sposobem Mantoux'a i Pirqueta (28—29). — Koelichen i Skłodowski: Przypapek zapalenia mózgu o przebiegu podostrym u 9-letniego chłopca (29—30). — Gębarski: Przypadek przewlekłego zapalenia przerostowego wielosurowicówkowego (30—31).

Medycyna i Kronika lek. Nr 27—30. Raschkes: Jeszcze w sprawie cesarskiego cięcia pochwowego (27). — Stein: Przypadek zapalenia płuc przewlekłego u dziecka (pneumonia chronica (27). — Biehler Matylda: O dyecie w płonicy (28). — Korybut-Daszkiewicz: Przyczynek do nauki o niektórych postaciach zakażeń krwi u dzieci (zakażenie paciorkowcami i pneumokokami) (28—29). — Judt: Przypadek torbieli przewodu omoczny u oseska (29). — Bregman: Przyczynek do spraw kurczowych w wieku młodocianym (30—31). — Giedgowd: O wadze ciała w durze brzusznym (30).

Tygodnik lek. Nr. 27—30. Sołowij: Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego i położniczego szpitala powszechnego we Lwowie za rok 1911 (27—29). — Bednarski: O operacyach dekompresyjnych przy zajęciu nerwu wzrokowego (27). — Grossek: O zimnicy w Żółkiewszczyźnie (dok. 27). — Toczyski: O wynikach badania tonometrem Schiötza oczu zdrowych i oczu dotkniętych jaskrą (28—30). — Skałkowski: Uwagi o badaniu uszkodzonych w sprawach t. zw. wypadkowych i o symulacyi (30).

Nowiny lek. Nr 7. Czajkowski: O leczeniu swoistem reumatyzmu oraz kilka uwag o etyologii tego cierpienia. — Starkiewicz: Gruźlica dzieci w świetle najnowszych badań i poglądów. (7).

Postęp okulist. Nr. 6. Rumszewicz (dok.). — Reis: Określenie dojrzałości zaćmy starczej na podstawie biochemicznego odczynu soczewki.

Neurologia polska T. II. Z. IV. Grzywo-Dąbrowski: Przypadek omamów wrzekomych o podkładzie hypnagogicznym. — Pański: Przypadek operowanego nowotworu opon rdzeniowych. — Nowicki i Orzechowski: Stwardnienie guzowate i choroba Recklinghausena, jako jednostka chorobowa pod względem anatomicznym (dok.).

Zdrowie Z. 7. Chełchowski: Pożary w Królestwie Polskiem. — Weissel: W sprawie działalności sanitarnej gmin. — Żebrowski i Bratkowski: Wpływ wody druskienickiej »Nasza« na wydzielinę soku żołądkowego.

Przegląd higieniczny Nr 7 i 8. Mołczański: Spalanie śmieci w piecach systemu »Humboldt«.

Kronika dentyst. Nr. 7. Idzikowski: W sprawie stosowania w dentystyce surowicy Deutschmanna.

Głos lekarzy Nr 14. Grossek: Rzut oka na sprawę alkoholizmu ze stanowiska higieny społecznej. — Zwalczanie gruźlicy w kasach chorych. — Mikołajski: Z wycieczki do zdrojowisk krajowych.

Słowo lekarskie Nr 13—14. Stan szpitali w Galicyi (dok. 13). — Dlaczego podupadamy? (13). — II. Zjazd lekarzy rządowych w Austryi (13). — Organizacya niewolą? (14). — Zatarg lekarzy z Wydziałem krajowym (14). — Drobna kwestya etyczna (14).

Nasze zdroje Nr 15—16. Biegeleisen: Przemysł instalacyjny w zdrojowiskach (15). — Dwie wycieczki balneologiczne do Druskienik (15). — Zanim słońce zejdzie... (15). — Przegląd zdrojowisk i uzdrowisk (15). — Orłowicz: Wycieczka medyków lwowskich po zdrojowiskach (15). — Bandrowski: Zdrojowiska w Królestwie polskiem w odniesieniu do akcyi kraj. Związku zdroj. i uzdr. w Galicyi (16). — Lewicki: Leczenie chorób kobiecych w zdrojowiskach (16).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 7—8. Zanietowski: O systemizacyi środków integralnych i pomocniczych w balneoterapii, oraz o ich stosunku do medycyny wogóle, a do neurologii w szczególności.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.